archiwum medycyny biologicznej

czasopismo
poświęcone lecznictwu biologicznemu

Redaktor: dr Marian Kalinowski

Rok III | Czerwiec 1938 | Zeszyt 3

TREŚĆ:

Rok III Czerwiec 1938 Zeszyt 3

Archiwum Medycyny Biologicznej

DWUMIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY LECZNICTWU BIOLOGICZNEMU

Redaktor: Dr MARIAN KALINOWSKI

Dr med. ALFRED TOMANEK
b. asystent Uniw. Jagiell.

Praca konkursowa

KOLKA WĄTROBOWA

Nowoczesny lekarz czy doktór wszech nauk lekarskich, zgodnie ze swoim tytułem, powinien być faktycznie uczonym we wszystkich naukach lekarskich. Nie może nie istnieć dla niego dział wiedzy lekarskiej, oficjalny czy „jeszcze nie oficjalny", na którym by się nie znał, chociażby teoretycznie. Nie może pozwolić na to, o ile jest ambitny, by pierwszy lepszy laik, mniej lub więcej inteligentny znachor, swoją praktyczną umiejętnością lekarską, zdobytą doświadczeniem i zamiłowaniem, potrafił go uchylić w cień.

Są sytuacje w życiu, gdy lekarz może się znaleźć w warunkach prymitywnych, jak nasi poprzednicy lekarze wieków ubiegłych, którzy bez „szkiełka mędrca" mikroskopu, tylko swoimi pięciu zmysłami, ale jak świetnie wyćwiczonymi, potrafili stawiać nie tylko diagnozy, ale także środkami naturalnymi, łatwo do dostania z najbliższego otoczenia przyrody czy gospodarstwa domowego, czyli jak to się mówi z „apteki Pana Boga", umieli łagodzić cierpienia ludzkie i leczyć chorych.

Naturalnie nikt nie zaprzecza olbrzymiej doniosłości postępu wiedzy lekarskiej ostatnich czasów dla dobra cierpiącej ludzkości,

dlaczego jednak ma się zrywać z doświadczeniem naszych poprzedników, trwającym tysiące lat? Czy ma ono pójść w zapomnienie?

Śmieszną jest sytuacja, gdy nowoczesny Fiat czy Mercedes, zepsuty na głuchej prowincji i bezludziu, ciągniony jest do najbliższego garażu do naprawy przez parę gospodarskich koni!...

Czy nie znajdzie się lekarz ze swoją diagnostyką, wydelikaconą najnowszej konstrukcji rentgenami, elektrokardiografami itp. aparatami oraz terapią, opartą na najróżnorodniejszych preparatach nowoczesnego przemysłu farmaceutycznego, o wyszukanej nomenklaturze, w podobnej przykrej sytuacji, jak ów zepsuty samochód, gdy los postawi go również gdzieś na bezludziu, na wycieczce w górach albo podczas zawieruchy wojennej, wobec nagłego wypadku chorobowego, któremu należy udzielić pierwszej lekarskiej pomocy po prostu z niczego?

„Si vis pacem, para bellum!" Chcąc mieć zrównoważone nerwy, przyjemny weekend, lekarz musi nolens volens przygotować się w spokoju do takich możliwych a niespodziewanych sytuacji i to bez względu na specjalność, gdyż lekarz ustawowo jest obowiązany do udzielania pomocy w nagłych wypadkach według swej najlepszej woli i wiedzy. Powiesz, przezorny lekarz bierze zawsze ze sobą wstrzykawkę i maleńką apteczkę kieszonkową czy podróżną, co jest uciążliwe! Ale jak nie ma apteczki pod ręką, co robić?

Prof. F e e r podkreśla: „że najbardziej polecenia godną rzeczą jest chorego badać najpierw najprostszymi metodami klinicznymi, na które każdy lekarz praktyk na głębokiej prowincji tak i tak jedynie jest skazany, a dopiero następnie, niejako dla własnej kontroli, a nie tylko dla wygody, oraz dla uzupełnienia i ustalenia dokładnej diagnozy, stosować metody dokładniejsze laboratoryjne, które zresztą również mogą w błąd prowadzić (jak próba W a s s e r m a n a, badanie na bakterie dyfterii itp.). Kto tak postępować będzie, nigdy w swej umiejętności i wiedzy nie będzie stał na jednym miejscu".

To samo dotyczy terapii. Lekarstwo najprostsze, łatwodostępne, tanie, skuteczne, mające jak najmniej ubocznych działań, jest najlepszym lekarstwem! — „Mistrzostwo polega na prostocie!" — mawiał prof. V o g e l.

Diagnostykę i terapię każdego przypadku chorobowego praktycznie podzielić można pod kątem widzenia sytuacji, w której życie postawić może chorego i lekarza niosącego pomoc. A więc na terapię w warunkach prymitywnych, w warunkach domowych

(z dala lub w pobliżu apteki), w warunkach ambulatoryjnych oraz terapię w warunkach szpitalnych, klinicznych. Ideałem leczenia jest leczenie w warunkach klinicznych. Nie każdego chorego stać jednak na to. Są chorzy, mimo rozwiniętych dziś ubezpieczeń społecznych, którzy są skazani na leczenie, jakby byli w warunkach prymitywnych, chociaż nie są na bezludziu. Dlatego pod tym kątem widzenia powinien każdy lekarz przejść wszystkie przypadki chorobowe, a zwłaszcza wypadki nagłe.

Wielu ludzi nosi za życia kamyki w woreczku żółciowym, nic o tym nie wie i nie ma z tego powodu żadnych poważniejszych dolegliwości. Dopóki kamyki leżą spokojnie w woreczku żółciowym, dopóty są nieszkodliwe i nie dają żadnych objawów chorobowych. Żółć przepływa normalnie ponad woreczkiem przez główny przewód do jelita.

Przyczyną powstawania kamieni żółciowych są zarazki (tyfusu, paratyfusu, dyzenterii), rozwijające się ze specjalnym zamiłowaniem w przewodach żółciowych. Zarazki te żyją jeszcze przez długi czas po minięciu wymienionych chorób infekcyjnych w woreczku i przewodach żółciowych, stanowiąc poważne niebezpieczeństwo dla otoczenia (tzw. nosiciele zarazków). Wydalane bowiem z odchodami zarazki stać się mogą wedrownym źródłem zarazy.

Zarazki wymienione, gdy się rozmnożą, wywołują zapalenie błony śluzowej woreczka żółciowego, najbliższych przewodów żółciowych, a z biegiem czasu i komórek wątroby. Złuszczone cząstki powierzchownej warstwy zmienionych zapalnie komórek stają się punktem wyjścia dla osadu, z którego powstają kamienie żółciowe. Dzieje się to wyłącznie w woreczku żółciowym, gdzie znajdują potrzebny do powstania spokój. Jednakowa najczęściej wielkość kamyków żółciowych wskazuje, że powstanie ich jest aktem jednorazowym. Pierwotną przyczyną kamicy w wielu przypadkach jest zahamowanie odpływu żółci, po czym następuje infekcja w drogach żółciowych. Zahamowanie odpływu żółci nie można tłumaczyć uciskiem mechanicznym (sznurówka, siedzący tryb życia), tylko w większości przypadków powodują zahamowanie odpływu żółci odruchy nerwowe (wywołane najczęściej przez nieodpowiednie odżywianie się). Wątroba wlewa do dwunastnicy zawsze żółć w takiej ilości w takim zagęszczeniu, jakie jest potrzebne w danym przypadku do strawienia spożytych tłuszczów. Gdy skutkiem spożycia nieodpowiednich, trudnostrawnych tłuszczów zmusimy

wątrobę do wlewania zagęszczonej żółci, wywołamy tym samym zatrzymanie odpływu żółci i jej zagęszczenie.

Jeszcze większe, bo prawie zupełne wstrzymanie odpływu żółci wywołuje głód.

Sama obecność kamyków w woreczku żółciowym żadnej szkody nie przynosi: dopóki te kamyki „śpią", chory w ogóle o chorobie nie wie, nie ma żadnych bólów. Ale nawet gdy kamyki „zbudzą się" i próbują się wydostać z woreczka, wywołując atak bólów. zdarza się niejednokrotnie, że po jednym takim nieudałym ataku kamyki wracają na swoje miejsce i „zasypiają", by nie przypomnieć się więcej w życiu ich nosiciela. Są okresy życia człowieka. o których wiemy, że specjalnie sprzyjają „budzeniu" się kamyków, a więc np. u kobiet w czasie ciąży i w okresie przekwitania (między 45—50 rokiem życia), błąd dietetyczny, irytacja, dłuższa jazda koleją, samochodem itp. „Budzące się" kamienie żółciowe skurczami ściany woreczka żółciowego wypychane zostają do przewodu żółciowego, co wywołuje gwałtowne bóle w okolicy woreczka żółciowego, a zatem w obrębie jamy brzusznej pod łukiem żebrowym prawym. Atak może trwać minuty, godziny, szereg dni lub znacznie dłużej, zwłaszcza gdy jakiś pokaźnej wielkości kamień zaczopował, jak korek, główny przewód żółciowy, uniemożliwiając odpływ żółci z wątroby do jelita. Powstaje wówczas żółtaczka, skutkiem przedostania się żółci do naczyń krwionośnych i wraz z krwią zalewa cały organizm.

Bóle kolki wątrobowej czy żółciowej w kamicy żółciowej i w zapaleniu pęcherzyka żółciowego, podobnie jak inne pochodzące z wątroby bóle, promieniują do góry i ku tyłowi, a więc do prawego sutka, pod mostek, do prawej łopatki i do przestrzeni między obu łopatkami, do prawego barku. Powstają nagle, przeważnie około północy. Towarzyszące wymioty nie łagodzą bólu, w odróżnieniu od chorób żołądka. Nagła gwałtowna kolka nie pozwala na znoszenie ucisku, wywieranego przez odzież i zmusza do rozluźnienia tasiemek. Obfitsze posiłki i wstrząśnienia cielesne (np. dłuższa podróż koleją itp.) poprzedzają napad jako przyczyna pośrednia. Wśród bolesności uciskowej w okolicy wątroby stwierdza się powiększenie wątroby, woreczka żółciowego oraz napięcie mięśni brzusznych w górnej części prawego mięśnia prostego *(defense musculaire)* z odpowiednim nienadążaniem tej części przy oddychaniu. Ból wzmaga się przy oddychaniu, mniej przy pochylaniu, chory leży skulony. Czasem żółtaczka, dreszcze i gorączka.

W moczu bilirubina lub urobilinogen. Język wysycha, na bladej twarzy maluje się zapad, poty, duszność. Ze strony serca zaburzenia czynnościowe, tętno przyśpieszone albo zwolnione. Przeczulica skóry w sensie „pasa Heada”. Bardzo wrażliwe miejsce na ucisk, odpowiadające punktowi wyjścia gałęzi 9 n. międzyżebrowego z mięśnia prostego brzucha, lecz bolesność uciskowa zależy nie tylko od tego punktu nerwowego, lecz jest również wywoływana bezpośrednio przez dotknięty zapaleniem pęcherzy. „Pas Heada” ciągnie się bez przerwy, jako pas bolesny, od linii przymostkowej do pachowej przedniej, tuż pod łukiem żebrowym w postaci wąskiego półksiężyca i przez swój kształt umożliwia odróżnienie od uciskowej wrażliwości dwunastnicy. Drugi pas uciskowy, szczególnie wyraźny wkrótce po napadzie, znajduje się z tyłu w kształcie wstęgi między X a XII kręgiem piersiowym, obejmuje tylny obwód klatki piersiowej.

Kolka wątrobowa nie musi zależeć jedynie od kamieni wątrobowych czy żółciowych, przy czym kształt kamienia gra ważniejszą rolę, niż jego wielkość. Według Mathesa kamica żółciowa i różne postacie zapalenia pęcherzyka i przewodów żółciowych dają tak podobne i pokrewne obrazy chorobowe, że ich rozpoznanie różniczkowe musi być przedstawione wspólnie. Rozpoznajemy właściwie nie kamień żółciowy, a zapalenie pęcherzyka *(cholecystitis)*, wzgl. przewodów żółciowych *(cholangitis)*, a tylko z doświadczenia wiemy, że przy zapaleniu pęcherzyka w większości przypadków rozwija się kamień i odwrotnie.

Kamicę żółciową *(cholelithiasis)* dzielimy praktycznie na dwie wielkie grupy:

I grupa: gdzie kamienie pozostają w pęcherzyku wzgl. przewodzie pęcherzykowym i nie ma żółtaczki albo ślad, na tle zapalenia śluzówki przewodów żółciowych.

II grupa: gdzie kamienie posuwają się do przewodu żółciowego wspólnego i wywołują żółtaczkę, a gdy dochodzi do zupełnego zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego, silną żółtaczkę z odbarwieniem kału.

Pierwszą grupę nie tak łatwo stwierdzić z powodu braku żółtaczki, że choroba pochodzi z wątroby albo pęcherzyka.

Jednak w przypadkach, w których pęcherzyk jest wyczuwalny, natychmiast można postawić prawdziwe rozpoznanie. Normalnego pęcherzyka nie wyczuwa się, z powodu zbytniej miękko-

ści, nawet jeśli przekracza brzeg wątroby. Wyczuwa się go dopiero wtedy jako guz, kiedy jest bardziej napięty przez zapalną zawartość, albo jeśli ściany wskutek zgrubienia zyskują większą rezystencję.

Kamienie wyczuwamy w nim wyjątkowo, albo wyczuwamy pęcherzyk żółciowy wskutek znajdujących się w nim kamieni w postaci twardego guza.

Pęcherzyk poznajemy po następujących własnościach:

1) guz na miejscu odpowiadającym położeniu pęcherzyka tworzy wypuklenie, przekraczające brzeg wątroby, nieraz kształtu gruszki lub ogórka przy większych rozmiarach;

2) nierzadko, jakkolwiek nie zawsze, brzeg wątroby przebiega nad guzem;

3) guz, podobnie jak brzeg wątroby, porusza się przy oddychaniu;

4) leży z przodu tuż pod powłokami brzusznymi.

Lecz nie we wszystkich przypadkach ostrej kamicy żółciowej jest wyczuwalny pęcherzyk, często bywa tylko niezmiernie wyraźna tkliwość uciskowa (jak wyżej), znikająca bardzo prędko, zwłaszcza po zastosowaniu ciepła.

Trudniej wyczuć pęcherzyk w razie jednoczesnego silnego napięcia mięśni, gdy z napadem kolki łączą się objawy podrażnienia otrzewny.

W większych guzach pęcherzyka żółciowego może się woreczek przesuwać na boki, lecz odbywa się to w kole ruchów, odpowiadającym umocowaniu na dolnym brzegu wątroby, a więc inaczej aniżeli w nerce ruchomej, mimo że większe guzy mogą dawać fałszywe „ballotement rénal”, przy czym guz pęcherzyka zawsze jest położony z przodu, tuż pod powłokami brzusznymi (jak wyżej), a rozdymając jelita powietrzem, odpychamy go jeszcze więcej ku przodowi, w przeciwieństwie do guzów nerki (I), chyba że przed pęcherzykiem znajduje się przypadkowo część jelita (np. okrężnica poprzeczna).

Trzeba go także odróżnić od guza sieci (II), jako też od przewężonego płata wątroby (III).

Płat wątroby ma szerszą podstawę, nigdy nie wyczuwamy brzegu wątroby, przechodzącego nad nim, nie odznacza się bezpośrednią wrażliwością uciskową i nie ma kształtu kopuły. Odróżnienie może być bardzo trudne, lecz w przypadkach, w których pę-

cherzyk dotknięty zapaleniem leży przed przewężonym płatem, na pewno udaje się go odróżnić wtedy tylko, gdy pęcherzyk można wyczuć, jako guz odgraniczony od przewężonego płatu.

Możliwe są także pomieszania z innymi guzami wątroby, jak: z guzami rakowymi (IV), częściami wątroby oddzielonymi przez kiłowe blizny (V), jako też z guzami żołądka (VI) i trzustki (VII), tym bardziej, że guzy trzustki zdarzają się często jednocześnie z guzami pęcherzyka. Zauważenie innych objawów zabezpiecza od pomyłki.

Łatwo pomieszać z innymi guzami, zrośniętymi z dolną powierzchnią wątroby, jak zlepne bliznowaciejące zapalenie otrzewny (VIII) oraz zrośnięta z wątrobą nerka (IX). Metody rentgenologicznego badania pęcherzyka pozwalają dziś na uniknięcie omyłek.

Wyczuwalny guz pęcherzyka nie musi być na tle kamicy żółciowej. Wyraźny guz zjawia się w ostrej (X) puchlinie *(Hydrops ves. felicae)* (wkrótce znikający) oraz w ostrym (XI) ropniaku *(Empyema ves. fel.)* pęcherzyka. Guzy są gładkie dopóty, dopóki nie przyłączy się zapalenie okołopęcherzykowe.

Przewlekłe ropniaki po kilkakrotnych napadach dają guzy pęcherzyka twardsze i trochę nierówne.

Rak (XII) pęcherzyka jest twardy i nierówny, przy czym w pierwotnym raku pęcherzyka nieraz występuje zdumiewające, niezwykle silnie wyrażone stwardnienie brzeżnych części wątroby, rozciągające się na szerokość dłoni, a twardsze niż przerzutowe (XIII) guzy raka. Brzeg wątroby poza tym ostry, powierzchnia gładka, poziom niezmieniony. Pod zmienionym w ten sposób brzegiem wątroby wyczuwalny czasem guz pęcherzyka.

Pęcherzyk może też leżeć pod płatem przewężonym (jak wyżej), albo pod wyciągniętym przez siebie płatem wątroby (tzw. (XIV) płatem R i e d l a), wówczas prócz tkliwości uciskowej jest silna wrażliwość opukowa *(succussio hepatalis Ortneri)*.

Ostre napady kamicy żółciowej bez żółtaczki, występujące mniej lub więcej nagle, należy różniczkować od wszystkich bólów, zdarzających się w nadbrzuszu, zwłaszcza że chorzy uważają je zwykle za kurcze żołądka. Różniczkujemy więc najpierw od:

1) *Gastralgia* a) *ulcus ventriculi et duodeni,* b) *entero-cardialgia flatulenta.*

2) *Nephrolithiasis* (jeśli umiejscowienie bólów nie jest wyraźnie określone). Badanie moczu, które w kamieniach nerkowych prawie zawsze daje dodatni wynik, chroni od pomyłki. Kamienie nerkowe można często stwierdzić na fotografii rentgenowskiej, zaś kamienie żółciowe nie tak łatwo przedstawić, chyba że się stosuje kontrastujące wypełnienie pęcherzyka żółciowego i miedniczki nerkowej.

3) *Appendicitis*, przy czym u kobiet w wątpliwym wypadku (przemieszczenie wyrostka robaczkowego do góry) prawdopodobniejszy jest napad kamicy żółciowej, a u mężczyzn zapalenie wyrostka robaczkowego. Żółtaczka może być, jakkolwiek rzadko, i w zapaleniu wyrostka. Duża urobilinuria przemawia za kamicą żółciową.

Przykręgowe wstrzyknięcie 5 do 10 ccm 2% roztw. nowokainosuprareninowego (według Laewena) na prawo od wyrostka ciernistego IX kręgu piersiowego, które trafia w prawy nerw grzbietowy, niezwłocznie usuwa ból w zapaleniu pęcherzyka żółciowego.

Bezpośrednio po napadzie zapalenia pęcherzyka żółciowego następuje *hypercholesterynaemia*, trwająca około tygodnia (Babarczy).

Brak napięcia mięśni w okolicy wyrostka robaczkowego, umiejscowienie ew. guza w okolicy pęcherzyka żółciowego, brak wrażliwości w punkcie Mc. Burney'a, brak dodatniego wyniku przy badaniu przez odbytnicę i przez pochwę, przemawia przeciw pochodzeniu sprawy chorobowej z narządu podbrzusza.

4) *Pericholecystitis* (zapalenie okołopęcherzykowe i miejscowy guz otrzewny) w przedziurawieniach pęcherzyka, ale i bez nich, zwłaszcza że taki guz leży bezpośrednio pod łukiem żebrowym i na prawo, odpowiadając położeniu pęcherzyka. Tworzą się wówczas

5) *zrosty w okolicy pęcherzyka (Adhaesiones)*, które trudno odróżnić od kamieni żółciowych, jako skutek przebytych zapaleń pęcherzyka przechodzących na błonę surowiczą albo skutkiem zapaleń narządów sąsiednich, jak dwunastnica i żołądek; dlatego wywiady zawodzą i przy operacjach kamieni znajduje się zamiast kamieni żółciowych tylko zrosty, a nieraz obok kamieni zrosty, stanowiące dla chirurga niepożądane powikłanie.

Dolegliwości wskutek zrostów wykazują zależność od ruchów cielesnych i od położenia ciała, zwłaszcza położenie na lewym boku wywołuje ból z powodu szarpania. Bóle występują nieraz po pew-

nym czasie po jedzeniu, spowodowane przez ruchy zrośniętych narządów. Dokładnie można rozpoznać zrosty, jeśli powodują miejscowe objawy zwężenia, miejscowe wzdęcie i miejscową peristaltykę. Jeżeli żołądek na fotografii rentgenowskiej będzie wykrzywiony na prawo i znajduje się uderzająco wysoko, można podejrzewać istnienie zrostów, a z pewnością można poznać zrosty po założeniu sztucznej odmy otrzewnej.

6) *Guz sieci na tle gruźliczym.* Sieć jako narząd ochronny otrzewny skutkiem przedziurawienia pęcherzyka i miejscowego zapalenia otrzewnej w nadbrzuszu przylega do pęcherzyka, tworząc guz przechodzący w poprzek przez nadbrzusze, mogący mieć wielkie podobieństwo do gruźliczego guza sieci. Wywiady, swoiste odczyny tuberkulinowe i znalezienie innych spraw gruźliczych ułatwią rozpoznanie.

7) *Guz sieci skutkiem skręcenia sieci na tle przepukliny (Hernia):* Wstrząs przy skręceniu sieci może być pomieszany w wywiadach ze wstrząsem spowodowanym przez napad kamieni żółciowych. Skręcenie sieci zachodzi prawie zawsze tylko przy istniejącej równocześnie przepuklinie, dlatego trzeba zwracać staranną uwagę na współistniejące przepukliny.

8) *Peritonitis acuta (ex perforatione):* Jeśli objawy ostrego podrażnienia otrzewny są rozwinięte szczególnie silnie, musi się myśleć o zapaleniu otrzewny, zwłaszcza z przedziurawienia pęcherzyka żółciowego. Miarodajny przy tym jest objaw, że w kamicy żółciowej jak przy innych sprawach zapalnych jamy brzusznej, objawy otrzewny nie wszędzie są równomierne, a najsilniej są rozwinięte w miejscu powstania.

W razie puchliny brzusznej w takich ciężkich przypadkach kamicy, żółciowa własność płynu przemawia naturalnie za cierpieniem pęcherzyka żółciowego. Między chirurgami panuje jednak dotychczas różnica zdań, czy żółciowa puchlina brzuszna jest we wszystkich przypadkach następstwem przedziurawienia pęcherzyka żółciowego. W niejasnych przypadkach, jeśli nawet fizykalnie nie daje się stwierdzić puchliny, można zastosować próbne nakłucie jamy otrzewny igłą, po ostrym przecięciu skóry (igłą Denneckego do zakładania odmy piersiowej). Decydujące znaczenie mają także wywiady: związek kamieni żółciowych z przebytymi ciążami i durem, powstawanie napadów w związku ze wstrząśnieniami cielesnymi w podróży, przy jeździe konnej, ze szczególnie obfitym posił-

kiem; poprzednie napady, zwłaszcza, jeśli którykolwiek przebiegał z żółtaczką.

9) *Pneumonia* (gorączkowe zapalenie płuc i opłucnej w dolnych płatach po stronie prawej): Jakkolwiek bardzo rzadko, zdarzają się wypadki związku kamicy żółciowej z chorobą płucną. Jako równoważnik napadu kamicy występują trwające krótko (2 — 3 dni) gorączkowe zapalenia dolnych płatów płuc przylegających do wątroby. Bodźce zakaźne na drodze naczyń chłonnych przez przewód piersiowy zostają zawleczone do żyły głównej i ze strumieniem krwi do płuc.

10) *Utajone przypadki kamicy u starców:* przy czym napady przebiegają wśród objawów dusznicy bolesnej, z jednoczesnym występowaniem nieprawidłowej czynności serca i wzrastającej niedomodze krążenia krwi, niejasnych dolegilwościach żołądkowych, a bardzo często z brakiem kwasu solnego, z jego skutkami, z biegunkami albo uporczywymi zatwardzeniami.

11) *Przewlekłe zapalenia pęcherzyka żółciowego* — zaostrzające się *(cholecystitis chronica exacerbans):* Są to przeważnie przewlekłe ropniaki pęcherzyka, jeśli po przebytych napadach kamicy żółciowej pozostaje na zawsze odpowiadający pęcherzykowi żółciowemu wrażliwy guz bez żółtaczki. Leukocytoza może być nieobecna, tak samo może być brak gorączki albo małe podgorączkowe podwyższenia ciepłoty, które się zauważa jedynie przy systematycznym mierzeniu. Taka nieznaczna wrażliwość w okolicy pęcherzyka ulega bardzo często napadowemu spotęgowaniu się dolegliwości, dochodzących do bardzo wyraźnego napadu kolki. Po wycięciu pęcherzyka dolegliwości znikają, co dowodzi sposobu ich powstawania.

(Dokończenie w następnym numerze).

DR A. STOLZ.

Praca konkursowa

LECZENIE ZIOŁAMI CHORÓB WĄTROBY

Wśród ziół leczniczych stosuje się pokaźną ich ilość przy chorobach wątroby i dróg żółciowych: na mniej więcej 150 ziół (zwykle używanych) jest ich około 25. W czasach dawnych (od XVI do XIX stulecia) pg dra A. P r e s s e l'a stosowano przy chorobach wątroby 104 różnych ziół; większość tych ziół wymienia również Compen-

dium Medicum Aucium wydane w Częstochowie w roku 1752. Wśród nich jest około 30 takich ziół, które i obecnie się stosuje. Jest możliwym, że badanie pozostałych 70 ziół wykazałoby obecność składników o działaniu żółciotwórczym, lub żółciopędnym i wzbogaciłoby nasz arsenał środków wątrobowych. Można śmiało twierdzić, że te zioła, które były stosowane w przeciągu wieków przez dawnych lekarzy i u których nowe badania chemiczne potwierdziły racjonalność ich zastosowania, będą bezsprzecznie więcej wartościowymi lekami, niż te nowe, które rozreklamowane błysną meteorem na horyzoncie lecznictwa, lecz również prędko i znikną.

Wśród tych 104 ziół brak jest jednak i takich, u których nowe badania i doświadczenia wykazały obecność składników żółciopędnych. Jako przykład podam Flor. Gnaphal. aren. (Kocanka, Suchowiejka), która w dawnych czasach nie była stosowana przy chorobach wątroby, a u której dr Thoms („Wiedza lek." nr 11—1937 r.) stwierdził silne zwiększenie wydzielania żółci po zażyciu 10% odwaru.

Do ziół najczęściej stosowanych od najdawniejszych czasów przez lekarzy i w medycynie ludowej, jak i zbadanych naukowo w naszych czasach należą: Herb. Abrotani, Frt. Berbedis, Frt. Cardui Mariani, Herb. Cardui Bened., Herb. Chelidon. maj., Herb. Erythr. Cent., Cort. Frangulae., Flor. Gnaphal. aren., Rad. Inulae hel., Fol. Menth. pip., Herb. Nasturt. off., Rhiz. Rhei pal., Rad. Saponar., Fol. Trifol. fibr., Herb. Taraxaci. Przy zastosowaniu tych ziół należy uwzględniać również ich poboczne działanie, jak i indywidualne symptomy chorego.

Co się tyczy wypadków chorób wątroby jest wiadomym, że na wątrobę cierpi 25% ludzi, którzy przekroczyli 60 rok życia, że kobiety od 3 do 5 razy częściej chorują niż mężczyźni, że 10% sekcji wykazało obecność kamieni żółciowych. Nic więc dziwnego, że dr Schleihauf („Hippokrates" Nr 1 — 1936) podaje, iż 40—50% ludzi cierpi na ogólne niedomagania wątroby (hepatosis), przejawiające się w ogólnych dyspeptycznych niedomaganiach, w uczuciu pełności żołądka i ciężaru pod żebrami z prawej strony, w odbijaniu i zgadze, a czasami w wymiotach. Skóra twarzy i białka oczne o lekko żółtawym zabarwieniu, bolesność wątroby przy badaniu, wypróżnienia koloru jasnego, mocz — ciemnego. Jest możliwym, że z powodu objawów żołądkowo-kiszkowych większa część takich chorych naszej praktyki zostaje zakwalifikowana do grupy cierpiących na przewód pokarmowy, a nie na wątrobę, która jednak

jest tą właściwą przyczyną niedomagania, na co wskazuje znikanie objawów żołądkowych przy leczeniu wątroby ziołami o działaniu żółciopędnym, nie mającymi bezpośredniego działania na żołądek. Tak często spotykana przy cierpieniach wątroby obstrukcja również zostaje usunięta i to nie przez zioła przeczyszczające, lecz przez zioła żółciotwórcze, poprawiające przetrawianie tłuszczów. Godnym zastanowienia się jest fakt, że wśród zwykle stosowanych około 300 ziół leczniczych europejskich posiadamy zaledwie kilka przeczyszczających, jak Cort. Frangulae, Rad. Liquirit., Rhiz. Rhei, a ziół działających na wątrobę przeszło 30.

Odnosi się wrażenie, że sama natura wskazuje nam kierunek leczenia.

W praktyce swojej stwierdziłem w zupełności bezwzględnie skuteczne działanie ziół wątrobowych w znacznej ilości wypadków, lecz podanie pojedynczych wypadków napotyka na trudności z powodu braku dłuższej obserwacji. Przytaczam jedynie tylko jeden wypadek z praktyki, lecz wypadek tak charakterystyczny i jasny, że wystarczy on aby wynieść przekonanie o wybitnym działaniu ziół leczniczych i o ich przewadze nad środkami chemicznymi.

J. K., lat 48, fryzjer, zachorował w czerwcu 1934 roku. Jak widać z recept (które wszystkie przechował), musiał uskarżać się na bóle, gdyż przez 2 lekarzy zostały mu przepisane środki salicylowe z pantoponem i belladonną, jak również, że cierpiał na serce, gdyż jednocześnie zostały mu przeznaczone digalen i coramina. Pod koniec lipca stan się nie poprawił i chory udał się do trzeciego lekarza, który również zastosował środki sercowe i salol z narkotykami.

Stan chorego jednak stale się pogarszał. W sierpniu zostało dokonane zdjęcie rentgenowskie, które wykazało 5 kamieni żółciowych, a analiza krwi wykazała limfopenię z 19.000 białych ciałek krwi przy 5.350.000 ciałek czerwonych. Zastosowano znów środki salicylowe z belladonną.

Stan chorego nie tylko się nie polepszył, lecz stale się pogarszał i chory z powodu podwyższonej ciepłoty, która w przeciągu ostatnich 4 tygodni wieczorami nie była poniżej 38 stopni, a dochodziła niekiedy do 38,8, nie był w stanie opuszczać łóżka i zupełnie zrezygnował z odzyskania zdrowia.

Wezwany zostałem do chorego dn. 28.VIII — stwierdziłem znacznie powiększoną wątrobę, twardą, bolesną przy badaniu, mocz

ciemny, mętny, ciepłota podwyższona. Zastosowałem następującą mieszankę ziół:

Rp.	*Herb. Cochlear. off.*	
	„ Nasturt off. aa	*20,0*
	„ Erythr. cent.	*10,0*
	„ Veron off.	*20,0*
	Rad. Saponar.	*20,0*
	Cort. Frangul.	*10,0*

Już po 3 dniach mocz stał się jaśniejszym, po dalszych 3 dniach powiadomiono mnie, że chory zaczął silnie kaszleć (czego przedtem nie było), kazałem zwrócić uwagę na smak plwociny i otrzymałem odpowiedź, że flegma jest silnie gorzka. Temperatura w przeciągu tych 6 dni spadła do normy. Dnia 3.IX chory o własnych siłach przyszedł do mnie. Temperatura normalna, wątroba znacznie zmniejszona, mało bolesna, mocz jasny lecz mętny.

Mieszankę ziołową nieco zmieniłem dodając *Fol. Tussilag farf.* i *Rad. Sarsaparillae*. Po kilku dniach zostałem powiadomiony, że chory silnie się poci i gdy zapytałem o smak potu, znów otrzymałem odpowiedź, że pot jest bardzo gorzki.

Po dalszych 2 tygodniach stan chorego wykazuje znaczną poprawę: wątroba nieznacznie wyczuwalna pod łukiem żebrowym, mocz jasny, samopoczucie dobre.

Od tego czasu chory czuje się zdrowym i pracuje w swoim zawodzie.

Wypadek powyższy godny jest zastanowienia się ze względu na doniosłe lecznicze działanie ziół, które pobudziły c a ł y organizm do pracy nad usunięciem zgromadzonej żółci nie tylko przez przewód pokarmowy, lecz również przez skórę i płuca. Ze względów diagnostycznych wypadek ten również zasługuje na uwagę, gdyż podstawowe cierpienie wątroby nie tylko było przyczyną utworzenia się kamieni żółciowych, ale jeszcze chorobowych objawów sercowych, zmiany obrazu krwi, znacznego i długotrwałego podwyższenia ciepłoty. Pierwotna choroba wątroby wywołała cierpienia organów i symptomy, które zdawałoby się nie powinny mieć łączności z wątrobą. Wymieniam tę uwagę, mimo że przedstawia ona ogólnie wiadome spostrzeżenie, jedynie dlatego, że objawy towarzyszące głównej chorobie wystąpiły w tym wypadku bardzo wyraźnie i że były stwierdzone przez badania kliniczne.

Reasumując podane powyżej, można stwierdzić, że medycyna nie posiada środków chemicznych, działających skutecznie na wątrobę, i że zioła przez swoje różnostronne działanie pobudzają cały organizm do skutecznej walki z chorobą.

DR BOHDAN HORDYŃSKI.

Praca konkursowa

Agrimonia eupatoria i Chimaphila umbellata

w leczeniu chorób wątroby

Wątroba jest organem o bardzo skomplikowanej funkcji, oprócz wydzielania żółci bierze ona udział w przemianie węglowodanowej, tłuszczowej, białkowej i żelazowej. Ma ona zdolność odtruwania ustroju przez utlenianie pewnych substancji, albo przez połączenie z glukozą wytwarza nieszkodliwe związki, które z ustroju zostają wydalone. W ostatnich czasach wykazano, że wątroba jest organem o wydzielaniu wewnętrznym, że wytwarza ona hormony, regulujące obrzęk tkanek, jako też takie, które mają wpływ na serce. — Jak widzimy, fizjologia wątroby jest bardzo zawiła, a jeszcze więcej skomplikowaną jest jej patologia i terapia.

Jak wiemy, leczenie wątroby jest jeszcze bardzo niedoskonałe. Oprócz odpowiedniej diety w leczeniu chorób wątroby najważniejszą rolę odgrywają leki pochodzenia roślinnego. W świecie roślinnym mamy bardzo dużo potężnych środków, których działanie — przy chorobach wątroby — jest bardzo wybitne. Większość tych roślin jest pochodzenia tropikalnego. Jednak i wśród naszej flory mamy bardzo wiele roślin, działających leczniczo nie tylko nie gorzej od leków roślinnych pochodzenia tropikalnego, ale nawet często je przewyższających.

Należy tu wspomnieć o dwu roślinach, które w medycynie ludowej stosowane są z wielkim powodzeniem przy chorobach wątroby, a lekarzom nie są bliżej znane. Do roślin takich należy: *Agrimonia eupatoria i Chimaphila umbellata.*

W pracy mojej zająłem się bliższym poznaniem tych roślin, oraz zbadaniem ich wpływu na wątrobę. Agrimonia eupatoria należy do grupy Rosaceae Rosoideae. Rozpowszechniona jest ona w całej Polsce. Rośnie na zboczach gór oraz na suchych łąkach. Do celów leczniczych używa się jej źdźbeł oraz liści.

Badania Fleischmana i Leclerc'a wykazały, że liście Agrimonia Eupatoria zawierają dużo taniny, olejki eteryczne oraz szereg bliżej nieznanych alkaloidów. Agrimonia eupatoria używana jest w medycynie ludowej przy chorobach wątroby, kamicy żółciowej, przy ascites, jako też przy krwotokach wewnętrznych, zaburzeniach menstruacyjnych, przeciw robakom oraz do gojenia ran.

Drugą, również w Polsce rozpowszechnioną rośliną, a mającą wybitny wpływ leczniczy przy chorobach wątroby, jest Chimaphila umbellata z grupy roślin Pirolaceae. Do celów leczniczych używa się liści suszonych, które najlepiej zbierać z początkiem kwietnia. Liście tej rośliny zawierają szereg glukozydów jak: arbutynę, erykolinę, chimafilinę, a następnie takie ciała, jak: urson, tanina oraz szereg innych ciał chemicznych, bliżej niezbadanych.

W ludowej medycynie używa się liści tej rośliny również przy chorobach nerek, przy cukrzycy oraz zapaleniu stawów.

W pracy mojej postanowiłem zbadać, jaki wpływ mają obie te rośliny przy chorobach wątroby. Analiza wyżej opisanych roślin nie jest jeszcze całkowicie przeprowadzona. Nie wiemy dotychczas, które z ciał, zawartych w liściach Chimaphila umbellata i Agrimonia eupatoria — są czynne. Należy jednak stosować wyciągi z tych roślin, mimo iż nie znamy dokładnie ich składu chemicznego, gdyż jak wiemy, terapia w cierpieniach wątroby korzysta od dawna z szeregu ziół leczniczych, oddających bardzo cenne usługi, choć dotychczas są bardzo mało zbadane.

Badania moje przeprowadziłem na 14 chorych, z których jeden cierpiał na marskość wątroby, 3 na zapalenie woreczka żółciowego, 4 na żółtaczkę nieżytową i 6 na żółciową kamicę.

Wyżej wymienione zioła stosowałem w następujący sposób: po 10 g *Agr. eupat.* i *Chimaphila umbell.* gotowałem w 200 g wody destylowanej tak długo, aż pozostało ok. 100 gr płynu. W ten sposób przygotowany wyciąg podawałem chorym 3 razy dziennie po łyżce stołowej na 1 godzinę przed jedzeniem. Prócz tego — w niektórych wypadkach — stosowałem *Helleborus oplx.* „Madaus", w skład którego wchodzi m. in. Chimaphila umbellata. Oligoplex ten używany jest przy różnego rodzaju obrzękach. Zawarta w nim Chimaphila umbellata działa regulująco na funkcję wątroby, wskutek czego przychodzi do uregulowania ilości wody w tkankach.

Leczenie odwarem z Agrimonia eupatoria i Chimaphila umbellata trwało 6 tygodni przy kamicy żółciowej i zapaleniu woreczka żółciowego, — przy żółtaczce nieżytowej aż do ustąpienia żółtaczki i powiększenia wątroby, tj. przy tym leczeniu mniej więcej 8—14 dni. Wszyscy chorzy byli na diecie mleczno-kaszano-owocowo-jarzynowej i prócz wyciągów z roślin żadnych innych leków nie zażywali, chyba Helleborus oplx.

U chorego, który od dłuższego czasu cierpiał na marskość wątroby, u którego kilkakrotnie wykonywano punkcję jamy brzusznej, który się skarżył na bóle w prawym podżebrzu i na swędzenie skóry — po stałym zażywaniu 3 łyżek dziennie wyciągu z Agrimonia eupatoria oraz Chimaphila umbellata — stan znacznie się poprawił. Chory zaczął oddawać dużo moczu, bóle w prawym boku i swędzenie skóry ustąpiły. Ilość płynu w jamie brzusznej nie zwiększała się już tak szybko. Chory ten, który zaczął leczenie bardzo późno, gdyż chorował od półtora roku, czuł się subiektywnie o wiele lepiej. Jednak na skutek częstych krwotoków z rozszerzonych żył przełyku, chory ten po pół roku zmarł.

Ten jeden przypadek cirrhosis hepatis nie wystarcza, aby można wysnuć z niego jakieś ogólne wnioski. W każdym jednak razie można było w tym wypadku stwierdzić wybitny wpływ wyciągów roślinnych na przebieg całej choroby. Działanie *Agrimonia eupatoria* i *Chimaphila umbellata* można wytłumaczyć w ten sposób, że odwary z nich działają pobudzająco na komórki wątrobowe i przywracają ich normalną funkcję, a równocześnie przez działanie na serce i nerki przychodzi do odwodnienia ustroju.

Przy leczeniu zapalenia woreczka żółciowego u 3 chorych stan poprawiał się w krótkim czasie. Chorzy leżeli w łóżku, zachowywali dietę i zażywali 3 razy dziennie łyżkę stołową odwaru z liści *Chimaphila umbellata* i *Agrimonia eupatoria*. U tych chorych temperatura po kilku dniach spadała do normy, a silne napięcie ściany jamy brzusznej ustąpiło całkowicie. Zwiększenie pęcherzyka żółciowego również ustąpiło, bolesność, która u wszystkich chorych była bardzo znaczna, u dwóch chorych ustąpiła całkowicie, u jednego pozostała przy głębokim wdechu. Mimo ustąpienia objawów, wszyscy chorzy zażywali odwar z liści przez 6 tygodni.

U sześciu chorych z kamicą żółciową wykazano rentgenologicznie jeden lub kilka kamieni w woreczku żółciowym. Chorzy ci bardzo często mieli napady kolki żółciowej po błędach dietetycznych i po wysiłkach; u czterech chorych była żółtaczka. Chorzy ci

pozostawali w leczeniu od kilku lat; gdy zaczęli zażywać wyciągi z *Agrimonia eupatoria* i *Chimaphila umbellata*, stan ich w krótkim czasie zaczął się poprawiać. Napady kolki stały się rzadsze. Żółtaczka u trzech chorych ustąpiła zupełnie, u jednego chorego pozostała, lecz w znacznie słabszym stopniu.

Po sześciu tygodniach stan wszystkich chorych bardzo się poprawił. U czterech chorych wykazano w stolcu kilkakrotnie drobne kamienie żółciowe.

U 4 chorych na żółtaczkę nieżytową stan w krótkim czasie się poprawił. Powiększenie wątroby i żółtaczka ustąpiły między 8 — 14 dniem choroby.

Wyżej opisane przypadki wykazują, że wyciągi z *Agrimonia eupatoria* i *Chimaphila umbellata* dają dobre wyniki przy leczeniu chorób wątroby. W działaniu tych wyciągów zachodzi następująca różnica: wyciągi z liści *Chimaphila umbellata* mają działanie więcej żółciotwórcze, a z liści *Agrimonia eupatoria* — więcej żółciopędne.

Wyciągi z tych roślin przygotowane w wyżej opisany sposób nie uszkadzają ani nie drażnią nerek. Nie posiadają one też własności przeczyszczających i tym się różnią od środków drastycznych, używanych niekiedy jako środki żółciopędne.

Opierając się na obserwacji tych kilku chorych, leczonych wyciągami z *Agrimonia eupatoria* i *Chimaphila umbellata*, można twierdzić, że są one nader cennym środkiem pomocniczym w leczeniu rozmaitych chorób wątroby i dróg żółciowych.

LITERATURA

1. Pick i Wagner: Wien. Med. Wochenschrift. Nr 13. 1925.
2. Kohl: Die Offizinellen Pflanzen der Pharmakopaea germ. Leipzig. 1895.
3. Eberhardt Ph.: Les plantes médicinales et leurs propriétés. Paris. 1927.
4. Hegi G.: Illustrierte Flore von Mitteleuropa. Bd. 1. VI. München.
5. Marzell: Unsere Heilpflanzen, ihre Geschichte und ihre Stellung in der Volkskunde. Freiburg. 1922.
6. Dr Lypa Jerzy: Phytotherapia. Warszawa. 1933.

Adres autora: Lwów, ul. Wiśniowieckich 1.

STRESZCZENIA I OCENY

Badanie leków homeopatycznych za pomocą analizy kapilarno-luminescencyjnej. Dr Marian Kalinowski. Odczyt wygłoszony na zebraniu naukowym Stowarzyszenia Lekarzy Homeopatów. (Autoreferat. Odczyt w oryginale ukaże się w czasopiśmie „Lekarz Homeopata").

Jedną z przyczyn, dla których przez dziesiątki lat lekarze nie uznawali homeopatii, była osławiona „dawka homeopatyczna". Z jednej strony zła interpretacja tej dawki, z drugiej strony brak sposobów wykazania leku w silnie rozcieńczonym roztworze, zniechęcały do poważniejszych studiów w tej dziedzinie. Od czasu, gdy homeopatia weszła w skład studiów uniwersyteckich, zaczyna się krystalizować sporna dotąd kwestia potencji „wysokich". Ważnym wreszcie przyczynkiem dla wyjaśnienia tego zagadnienia stało się zastosowanie analizy kapilarno-luminescencyjnej do badania leków homeopatycznych, umożliwiającej wykazanie i zidentyfikowanie leku w roztworze *D8*, czyli 1 : 100000000.

Metoda kapilarno-luminescencyjna polega na kombinacji analizy kapilarnej i luminescencyjnej. Pierwsza publikacja o praktycznym stosowaniu w badaniu leków homeopatycznych analizy kapilarnej (Platz) ukazała się w r. 1922. Dopiero jednak zastosowanie dodatkowe analizy luminescencyjnej w połączeniu z poprzednią metodą rozszerzyło znacznie możliwości posługiwania się w praktyce tym sposobem. Jednym z pionierów w tej dziedzinie był Neugebauer.

Analiza luminescencyjna polega na oglądaniu preparatu kapilarnego w świetle pozafiołkowym, którego wszystkie widoczne promienie zostają wstrzymane za pomocą odpowiedniego filtru. Ciała organiczne, naświetlone takim krótkofalowym światłem, wysyłają promienie świetlne o falach dłuższych, na skutek czego powstają charakterystyczne barwy. W procesie tym zachodzi fluorescencja albo też fosforescencja; oba te zjawiska ujęto pod nazwę „luminescencja". Określenie barw odbywa się za pomocą osobnego rejestru, a identyfikacja danego leku na podstawie specjalnie przyrządzonych tabel (Neugebauer).

Autor omawia szczegółowo technikę sporządzania preparatów kapilarnych i demonstruje w filtrowanym świetle pozafiołkowym

szereg leków homeopatycznych, jak *bryonia, berberis, hypericum, sanguinaria* i *crocus*.

W reasumé autor stwierdza, że „analiza kapilarno-luminescencyjna wzbogaciła homeopatię w ważny czynnik techniczny, który umożliwia kontrolę znanych i rozbiór nieznanych leków homeopatycznych organicznych z dokładnością, jaką dotąd nie odznaczała się żadna metoda chemiczna. Poza tym otwiera analiza kapilarno-luminescencyjna zupełnie nowe drogi dla badań naukowych nad homeopatią, które przy budzącym się zainteresowaniu w świecie lekarskim dla naszej metody leczniczej niechybnie dadzą owocne wyniki, a co za tym idzie, przyczynią się do jej spopularyzowania w kołach lekarzy".

Mocz jako środek leczniczy — c. d. „Hippokrates" — 30.XII.37, 20.I.38, 19.V.38.

Pewne dane wskazują, iż w starożytności stosowano mocz wewnętrznie. Z większą inwencją w posługiwaniu się nim jako medykamentem spotykamy się w średniowieczu. Zwłaszcza zalecane było wówczas wewnętrzne stosowanie moczu w postaci okładów, często z dodatkiem np. soli, soku z cytryn i pomarańczy. W medycynie ludowej po dziś dzień stosują zewnętrznie mocz przy ranach. Pokutuje też w tradycji zwyczaj mycia się własnym moczem, jako środek przeciwko piegom.

Jeżeli idzie o wewnętrzne stosowanie moczu, to znane są liczne przepisy, z których autor przytacza niektóre. Zazwyczaj jednak zalecano picie własnego moczu po uprzednim zagotowaniu go z pietruszką lub też z sokiem bzu. W starych receptach często spotykamy się ze wzmianką o „lewatywie z moczu". „Weź białego wina 6 uncji, moczu chłopca 5 uncji, miodu 2 uncje i sporządź lewatywę". Jako dodatki zalecano do lewatywy olej ruty, wino, żółtko i kwasy. W czasach ostatnich niezmieniony własny mocz w postaci lewatyw zalecany jest przez K r e b s a od r. 1935. Także i autor posługuje się prawie że wyłącznie tą metodą w leczeniu moczem. Niemowlętom wprowadza 5 cm³, małym dzieciom 5—15 cm³, dorosłym zaś 15—30 cm³. Działanie jest zapewnione pod warunkiem, że mocz pozostaje przynajmniej ½ godziny w odbytnicy. W tych rzadkich przypadkach, gdy występują objawy oddziaływania hypertonicznego roztworu moczu, należy wprowadzić wodę do odbytnicy, a dolegliwości ustąpią. Z dodatków stosował autor witami-

nę C w tabletkach, przy czym szczególną zwracał uwagę na to, aby mocz był świeżo oddany.

Pod koniec ubiegłego stulecia rozpoczęto próby z wstrzykiwaniem własnego moczu. Próby te przeprowadzane na zwierzętach dały widocznie dużo do myślenia, skoro od 1923 r. (Zamkoff) wstrzykuje się mocz ludziom. Wstrzykiwano domięśniowo 0.5—5 cm³ dorosłym. Herz dodawał do 5 cm³ moczu 1 kroplę fenolu, stosował jednak i mocz bez środków dezynfekcyjnych. Autor zdobył pewne doświadczenie w tej ostatniej metodzie wstrzykiwań, ostrzega jednak przed zbytnim uogólnianiem jej, przypominając, iż w licznych wszak schorzeniach mocz zawiera różne bakterie. Dodatek fenolu byłby więc raczej wskazany *(acidum carbonic. puriss.)*. Fenol ze względu na swe silne działanie winien być bardzo dokładnie dawkowany. Celem usunięcia bolesności przy zastrzykach moczu ciężarnych, proponują niektórzy dodawać nowokainę (1 cm ½% nowok. na 4 cm moczu).

Przechodząc do wskazań w leczeniu moczem, autor zapoznaje czytelnika z szeregiem danych historycznych, od „historia naturalis" Pliniusza poczynając, a na wynikach osiągniętych w czasach ostatnich kończąc. Z autorów współczesnych w sposób najbardziej bodaj przejrzysty i systematyczny, jak z pracy tej wynika, zestawił wskazania leczenia moczem Herz (1935 r.). Opierając się na prawie 1000 obserwacjach, wyodrębnił on następujące zasadnicze grupy wskazań:

1. Zaburzenia w ciąży.
2. Stosowanie u karmiących dla leczenia osesków:
   a) ognipiór leczony z wynikiem dodatnim, podczas gdy w skazie wysiękowej u dzieci sztucznie karmionych nie stwierdzono jakiejkolwiek poprawy,
   b) spastyczne stany odźwiernika (pylorospasmus).
3. Stany allergiczne:
   a) astma — dzieci na ogół reagują lepiej od dorosłych,
   b) katar sienny — zadawnione, długoletnie dolegliwości, wybitnie zmniejszające się po 3—4 zastrzykach.
4. Koklusz.

Herz osiągnął także pewne wyniki przy leczeniu zaburzeń rozwojowych oraz dolegliwości związanych z okresem klimakte-

rycznym. Leczenie moczem wymiotów u ciężarnych, przeprowadzane w Państwowej Klinice Położniczej w Dreznie, dało nader zachęcające rezultaty. W 1930 r. ukazała się w piśmiennictwie francuskim praca Z a m k o f f a, traktująca o leczeniu moczem ciężarnych. Autor, mający już wówczas 6—7-letnie doświadczenie w tym zakresie, wymienia gruźlicę, grypę, reumatyzm stawowy, zapalenie płuc włóknikowe i astmę oskrzelową, jako nadające się do leczenia moczem ciężarnych. Z dalszych jego sprawozdań, jak i z prac innych autorów wynika, iż mocz ciężarnych w ręku uświadomionego lekarza może stać się potężnym orężem.

Rozpatrując przypadki podane w piśmiennictwie, w których leczenie moczem efektu nie dało, przypisuje to autor uprzedniemu gotowaniu.

Wdzięczną dziedzinę leczenia moczem stanowią choroby dzieci. W schorzeniach o podłożu allergicznym, jak katar sienny, rhinitis vasomotorica, astma oskrzelowa itd., uzyskano wyraźne całkiem rezultaty. Podobnie i niektóre allergiczne schorzenia skóry (urticaria) leczone są pomyślnie. Autor zdołał też pomyślnie opanować pewne stany neuropatyczne, związane z występującymi napadowo atakami bólów brzusznych i wymiotami. Skuteczność leczenia moczem w chorobach dziecięcych zaobserwował też autor przy colitis mucomembranacea, obstipatio i w stanach spastycznych w szerokim tego słowa znaczeniu. Szczególnie bogaty materiał zgromadził autor przy leczeniu moczem ostrych spraw zakaźnych. Roztrząsając krytycznie liczne przypadki, dane uzyskane na drodze badań klinicznych, jak i doświadczalnych, dochodzi on do wniosku, iż czynnikiem działającym będą tu zapewne nie antytoksyny, lecz raczej wzmożenie odczynów ustrojowych w kierunku ogólnego przestrojenia organizmu.

W końcowej części swej pracy autor wyjaśnia przyczyny, dla których w pewnych przypadkach leczenie moczem zawodzi w odniesieniu do wyżej wymienionych wskazań. Źródło tych błędów tkwi zazwyczaj w braku umiejętności należytego posługiwania się moczem, jako środkiem leczniczym o nader szerokim zakresie działania. Duże znaczenie praktyczne mają też tabele oraz liczne reakcje przygotowane w tekście, których wykonanie zorientuje lekarza o skuteczności danego moczu w odniesieniu do interesującej go jednostki chorobowej.

WYNIK II KONKURSU „ARCHIWUM MEDYCYNY BIOLOGICZNEJ"

Na ogłoszony II Konkurs na prace na temat „Leczenie chorób wątroby i dróg żółciowych" wpłynęły we właściwym terminie następujące prace:

1) „Natrium contra calcium w leczeniu chorób wątroby i dróg żółciowych" — R. Hartwecker, dr of Natural Philosophy of the American School of Naturopathy, New York.

2) „Agrimonia eupatoria i Chimaphila umbellata w leczeniu chorób wątroby — dr B. Hordyński.

3) „Leczenie chorób dróg żółciowych i wątroby" — dr Czesław Rostkowski, Łódź.

4) „Leczenie ziołami chorób wątroby" — dr Alfons Stolz.

5) Kolka wątrobowa" — dr A. Tomanek, Borysław.

Udział w Jury Konkursowym brali pp.: dr Władysław Hnatkiewicz — Warszawa, dr Konstanty Łaszewski — Chojny k. Łodzi, dr Jan Małecki — Poznań. Z ramienia Redakcji „Arch. Med. Biol." w skład Jury wchodził dr Marian Kalinowski.

Spośród nadesłanych prac Jury nie dopuściło do Konkursu pracy wymienionej pod 1), ponieważ autor nie jest lekarzem praktykującym na terenie R. P., co stanowiło podstawowy warunek przy braniu udziału w Konkursie. Przy ocenie pozostałych prac jako najlepszą zakwalifikowano pracę nadesłaną przez dra Alfreda Tomanka, któremu przyznano nagrodę wyznaczoną przez Redakcję „Arch. Med. Biol." w wysokości 500 zł.

Wszystkie prace nadesłane ukażą się drukiem w „Arch. Med. Biol.".

KONGRESY I ZJAZDY

STOWARZYSZENIE LEKARZY HOMEOPATÓW. W kwietniu br. zostało zarejestrowane w Komisariacie Rządu nowopowstałe Stowarzyszenie Lekarzy Homeopatów. Istniejące od dawna Towarzystwo Zwolenników Homeopatii, jednoczące członków z szerokich warstw społeczeństwa, nie mogło należycie spełnić swego zadania, o ile chodzi o pracę lekarsko-naukową. To też gdy w r. 1936 nestor homeopatii dr Władysław Hnatkiewicz zainicjował zjednoczenie się lekarzy-homeopatów dla wspólnej pracy naukowej, postanowiono jednomyślnie przystąpić do prac organizacyjnych.

Na pierwszym Walnym Zgromadzeniu Stowarzyszenia, w dniu 29 maja br., w którym uczestniczyli lekarze-homeopaci z Warszawy, Poznania, Łodzi, Katowic i Bydgoszczy, przyjęto jednomyślnie statut, przygotowany przez komisję i zarejestrowany w międzyczasie. Ze statutu tego podajemy najważniejsze punkty:

§ 3.

„Celem Stowarzyszenia jest: pogłębianie wiedzy homeopatycznej, reprezentowanie homeopatii jako naukowego systemu leczenia i obrona interesów zawodowych swych członków".

§ 4.

„Dla osiągnięcia tego celu Stowarzyszenie, z zachowaniem obowiązujących przepisów prawnych, prowadzi następującą działalność:

a) przeprowadza studia nad stosowaniem leków homeopatycznych,
b) urządza zebrania naukowe,
c) prowadzi kursy dokształcające dla lekarzy w zakresie homeopatii,
d) wydaje własne czasopismo,
e) współdziała w zwalczaniu znachorstwa w lecznictwie,
f) wysyła delegatów na zjazdy lekarskie i kongresy międzynarodowe,
g) reprezentuje interesy zawodowe swych członków".

§ 8.

„Członkiem rzeczywistym Stowarzyszenia może zostać każdy lekarz, posiadający prawo wykonywania praktyki lekarskiej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, przyjęty w poczet członków przez Zarząd Stowarzyszenia mocą jednogłośnej uchwały, na zasadzie piśmiennej deklaracji, podpisanej przez dwóch członków wprowadzających.

Kandydat na członka musi, w celu sprawdzenia posiadanych przez niego wiadomości z dziedziny homeopatii, złożyć colloquium przed komisją, składającą się z 3 członków lekarzy, wybranych na ten cel przez Walne Zgromadzenie Stowarzyszenia na przeciąg 1 roku.

Tematem colloquium będzie historia i zasady homeopatii, środki homeopatyczne, ich przyrządzanie i działanie, homeoterapia.

Pomyślny wynik colloquium jest warunkiem balotowania przez Zarząd".

W skład Zarządu Stowarzyszenia weszli następujący pp.: prezes: dr Marian Kalinowski, sekretarz: dr Tadeusz Stencki, skarbnik: dr Henryk Cyrkler.

W tym samym dniu odbyło się pierwsze posiedzenie naukowe Stowarzyszenia pod przewodnictwem dra Konstantego Łaszewskiego, na którym dr Marian Kalinowski wygłosił referat pt. „Badanie środków homeopatycznych za pomocą analizy kapilarno-luminiscencyjnej" (p. dział „Streszczenia i oceny").

TOWARZYSTWO ZWOLENNIKÓW HOMEOPATII odbyło swoje Walne Zgromadzenie w dniu 29 maja br. w lokalu własnym w Warszawie, Nowy Świat 16. Ze sprawozdania Zarządu wynika, że Towarzystwo nadal rozwija pomyślną działalność. O popularyzowaniu homeopatii świadczą zwiększone obroty apteki homeopatycznej i wzrost (o 10%) liczby chorych leczonych w lecznicy, w której frekwencja wynosiła w roku sprawozdawczym 3984 pacjentów. Z ważniejszych postanowień należy wymienić projekt reorganizacji organu Towarzystwa „Lekarz Homeopata" pod redakcją dra Lucjana Dobrowolskiego.

Zarząd Towarzystwa został wybrany w tym samym składzie jak w roku poprzednim, z zasłużonym prezesem drem Władysławem Hnatkiewiczem na czele. Sekretarzem pozostał dr Kazimierz Gotlib, skarbnikiem — mgr Antoni Żdżarski.

MIĘDZYNARODOWA LIGA LEKARZY - HOMEOPATÓW organizuje swój doroczny (XIII) kongres od 1 do 8 sierpnia br. w Nicei (Francja). W kongresie tegorocznym delegacja polska udziału nie weźmie. W następnym numerze „Arch. Med. Biol." podamy szczegółowe sprawozdanie z posiedzeń naukowych, skreślone przez specjalnie zakontraktowanego uczestnika kongresu.

„Archiwum Medycyny Biologicznej" wychodzi co dwa miesiące.
Cena numeru pojedyńczego 1.— zł.
Prenum. roczna 6.— zł z przesyłką.

Autorzy prac oryginalnych otrzymują 25 odbitek.

Wydawca
Dr Albert Kessel
Warszawa

Redaktor
Dr Marian Kalinowski
Warszawa

Adres redakcji: Warszawa, ulica Mokotowska 46a m. 9.
Adres administr.: Warszawa — Mokotów, skrzynka poczt.
Konto czekowe P. K. O. 16.909.

Druk. Jan Świętoński i S-ka, Warszawa, Dobra 27, tel. 2.07.50.